

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 7 décembre 1899, à 1 heure*

Par HENRI ROBERT

Né à Rennes (Ille-et-Vilaine), le 30 septembre 1871.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Kystes du Vagin

(KYSTES DE LA PAROI POSTÉRIEURE)

*Président : M. LE DENTU, professeur.*

*Juges : MM. BUDIN, professeur*

*BONNAIRE et FAURE, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUBE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1899



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 7 décembre 1899, à 1 heure*

Par HENRI ROBERT

Né à Rennes (Ille-et-Vilaine), le 30 septembre 1871.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Kystes du Vagin

(KYSTES DE LA PAROI POSTÉRIEURE)

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. BUDIN, professeur.

BONNAIRE et FAURE, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

JOUBE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1899

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                    |                         |                   |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|
|                                                                    | <b>Doyen..... M.</b>    | <b>BROUARDEL.</b> |
|                                                                    | <b>Professeurs.....</b> | <b>MM.</b>        |
| Anatomie.....                                                      |                         | FARABEUF.         |
| Physiologie.....                                                   |                         | CH. RICHET.       |
| Physique médicale.....                                             |                         | GABRIEL.          |
| Chimie organique et chimie minérale.....                           |                         | GAUTIER.          |
| Histoire naturelle médicale.....                                   |                         | BLANCHARD.        |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         |                         | BOUCHARD.         |
| Pathologie médicale.....                                           | {                       | HUTINEL.          |
|                                                                    |                         | DEBOVE.           |
| Pathologie chirurgicale.....                                       |                         | LANNELONGUE.      |
| Anatomie pathologique.....                                         |                         | CORNIL.           |
| Histologie.....                                                    |                         | MATHIAS DUVAL.    |
| Opérations et appareils.....                                       |                         | TERRIER.          |
| Pharmacologie et matière médicale.....                             |                         | POUCHET.          |
| Thérapeutique.....                                                 |                         | LANDOUZY.         |
| Hygiène.....                                                       |                         | PROUST.           |
| Médecine légale.....                                               |                         | BROUARDEL.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    |                         | N...              |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                          |                         | CHANTEMESSE.      |
|                                                                    |                         | POTAIN.           |
| Clinique médicale.....                                             | {                       | JACCOUD.          |
|                                                                    |                         | HAYEM.            |
|                                                                    |                         | DIEULAFOY.        |
|                                                                    |                         | GRANCHER.         |
| Maladies des enfants.....                                          |                         | JOFFROY.          |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... |                         | FOURNIER.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....               |                         | RAYMOND.          |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                      |                         | BERGER.           |
|                                                                    |                         | DUPLAY.           |
| Clinique chirurgicale.....                                         | {                       | LEDENTU.          |
|                                                                    |                         | TILLAUX.          |
| Clinique ophthalmologique.....                                     |                         | PANAS.            |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                     |                         | GUYON.            |
| Clinique d'accouchement.....                                       | {                       | BUDIN.            |
|                                                                    |                         | PINARD.           |
| <b>Agrégés en exercice.</b>                                        |                         |                   |
| <b>MM.</b>                                                         | <b>MM.</b>              | <b>MM.</b>        |
| ACHARD.                                                            | CAUCHER.                | ROGER.            |
| ALBARRAN.                                                          | GILLES DE LA TOURETTE.  | SEBILEAU.         |
| ANDRÉ.                                                             | HARTMANN.               | TEISSIER.         |
| BONNAIRE.                                                          | LANGLOIS.               | THIERY.           |
| BROCA Auguste.                                                     | LAUNOIS.                | THIROLOY.         |
| BROCA André.                                                       | LEGUEU.                 | THOINOT.          |
| CHARRIN.                                                           | LEJARS.                 | VAQUEZ.           |
| CHASSEVANT.                                                        | LEPAGE.                 | VARNIER.          |
| DELBET.                                                            | MARFAN.                 | WALLICH.          |
| DESGREZ.                                                           | MAUCLAIRE.              | WALTHER.          |
| DUPRÉ.                                                             | MENETRIER.              | WIDAL.            |
| FUARE.                                                             | MERY.                   | WURTZ.            |
| Chef des travaux anatomiques.....                                  |                         | M. RIEFFEL.       |

Par délibération. en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR POTHERAT

Chirurgien des Hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU,

Chirurgien des Hôpitaux  
Membre de l'Académie de médecine,  
Officier de la Légion d'honneur.

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES DU VAGIN

## KYSTES DE LA PAROI POSTÉRIEURE

---

### AVANT-PROPOS

---

Dans le cours de nos études, nous avons eu l'occasion d'observer deux kystes du vagin remarquables par leur volume et aussi par le lieu de leur implantation. Nous avons pensé, après avoir fait des recherches, que ces kystes méritaient une étude particulière et nous avons songé à en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Nous avons d'ailleurs été encouragés dans cette idée par notre maître, Monsieur le docteur Potherat.

Ce n'est pas que les kystes du vagin soient une rareté. En effet de nombreux travaux originaux leur ont été consacrés. Tous les traités de chirurgie en font mention; mais il suffit de parcourir même rapidement ces travaux ou ces traités pour se rendre compte que presque toujours il a été question ou de petits kystes

séreux, dits glandulaires, ne présentant rien de spécial ou de kystes développés à la paroi antérieure et ayant leur point de départ dans les canaux de Gaertner.

C'est à peine s'il est fait une mention des kystes de la paroi postérieure, ou du moins la variété que nous allons étudier a été à peine envisagée. Les deux cas que nous avons observés, en particulier, s'ils ne sont pas absolument uniques dans la science doivent, ainsi que nous le verrons plus loin, être rangés dans un groupe spécial de collections kystiques, groupe qui à l'heure actuelle ne comprend qu'un tout petit nombre de faits bien étudiés.

Ce n'est pas seulement leur situation sur la paroi postérieure qui crée à ces kystes une originalité, c'est encore et surtout leur pathogénie.

Leur origine a déjà été indiquée mais elle n'a jamais été bien élucidée. Nous espérons pouvoir apporter des documents capables de jeter un peu de lumière sur ce point particulier de la pathologie génitale.

Mais avant d'aborder cette tâche, nous avons à remplir un devoir auquel nous n'aurions garde de manquer, bien moins parce que l'usage l'a consacré que parce qu'il nous fournit l'occasion de témoigner publiquement de nos sentiments envers nos maîtres au moment où nous arrivons au terme de nos études médicales.

Nous adresserons tout d'abord le témoignage de notre profonde reconnaissance à M. le docteur Potherat, chirurgien des hôpitaux. Nous l'avons suivi pendant plusieurs années et nous avons eu le bonheur d'être son

assistant immédiat à l'hôpital de Bon-Secours pendant notre dernière année; il a bien voulu, non seulement nous faire participer largement aux ressources de son enseignement si intéressant et de sa pratique si habile, mais encore nous honorer de son amitié. Nous n'oublierons jamais tant de bienveillance à notre endroit.

C'est à Rennes que nous nous sommes initiés à la chirurgie auprès des docteurs Aubrée et Dayot auxquels nous sommes reconnaissants des solides fondements que leur pratique a jetés en notre esprit. Plus tard nous nous sommes familiarisés davantage avec cette branche dans le service de M. le professeur agrégé Campenon et surtout auprès de M. le professeur Duplay, dont les leçons si claires, si intéressantes, nous ont particulièrement servi.

C'est encore à Rennes que nous avons fait nos débuts de clinique médicale: là nous avons connu et apprécié les docteurs Delacour et Regnault auxquels nous témoignons ici notre gratitude.

C'est là aussi que nous avons connu M. le docteur Bertheux auquel nous avons tant d'affectueux remerciements à faire pour l'intérêt qu'il nous a témoigné à nous et à notre famille.

M. Dreyfus-Brissac a bien voulu lors de notre arrivée à Paris, nous agréer comme stagiaire dans son service de Lariboisière. Nous avons profité auprès de ce maître aimable de ces matinées d'hôpital qui paraissent courtes tant elles sont intéressantes. Nous tenons à le remercier de son bon accueil et de ses excellentes leçons.

Nous avons aussi à remercier M. le professeur Hutinel, MM. les docteurs Hirtz et Gilbert dont nous avons recherché les enseignements cliniques aux Enfants-Assistés, à Tenon et à Broussais.

A ce dernier hôpital, il y a quelques mois, nous avons assisté à la Consultation, M. le docteur Bouglé. Nous avons eu le regret de le quitter après une période malheureusement trop courte, mais qui laisse dans notre mémoire un des meilleurs souvenirs de nos études.

Nous avons fréquenté deux services d'accouchements : à Rennes, celui de M. le docteur Perret, si dévoué à la cause des parturientes pauvres de la ville, à Paris, celui de M. le professeur Pinard. Nous nous efforcerons de retenir et de suivre les conseils reçus de ces maîtres.

Enfin, nous sommes heureux d'exprimer notre profonde gratitude à M. le professeur Le Dentu, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.



## CHAPITRE I

### Exposé clinique

Le caractère anatomique spécial à la variété de kystes que nous étudions, consiste dans ce fait qu'ils s'insèrent toujours à la partie postérieure du vagin, au niveau du cul-de-sac postérieur. Leur début est toujours insidieux aussi bien dans nos observations que dans celles que nous avons pu relever dans la science.

Ce début même a passé inaperçu et ce n'est que lorsque la tumeur a acquis un certain développement qu'elle s'est révélée à la malade ou accidentellement au chirurgien.

Le plus souvent c'est à l'occasion d'un effort déterminé par la toux ou la défécation que la malade s'aperçoit qu'entre les lèvres, au niveau de la vulve apparaît une tumeur. La malade n'en éprouve aucune douleur.

Vient-elle à appuyer elle-même sur la grosseur, celle-ci rentrera dans le vagin, s'y dérobera et pourra même y rester cachée un temps plus ou moins long.

jusqu'à ce qu'elle vienne apparaître à nouveau dans des conditions analogues.

Généralement à ce moment la tumeur a le volume d'un œuf de poule. Aussi ce fait rapproché du mode d'apparition de la grosseur nous explique que dans bon nombre d'observations la malade se soit crue affectée d'un prolapsus de l'utérus. C'est le cas de notre observation I en particulier.

Dans notre seconde observation, le diagnostic apporté par la malade qui disait le tenir de son médecin, était celui de cystocèle.

Lorsqu'on est appelé à examiner ces malades après avoir eu soin de les placer dans la position obstétricale et les avoir invitées à faire des efforts impulsifs, on aperçoit entre les grandes lèvres une masse arrondie, lisse à la surface, ne présentant généralement aucune modification appréciable dans la coloration de la muqueuse qui la revêt, si ce n'est parfois un aspect plus blanc que celui des parties circonvoisines. L'aspect est en somme assez bien celui que peut présenter une cystocèle ou une rectocèle avec cette particularité importante toutefois que les plis transversaux que l'on aperçoit à la surface de ces dernières font défaut sur le kyste.

Au toucher on constate d'abord que le doigt peut faire complètement le tour circonférentiel de la tumeur jusqu'à une certaine profondeur, que celle-ci se continue par un pédicule plus ou moins long, plus ou moins volumineux, ordinairement assez large, conduisant vers les parties supérieures du vagin de telle

sorte que l'ensemble de la masse est pyriforme, à grand axe vertical, parallèle au grand axe du vagin.

Un toucher plus attentif dans la profondeur montre que le col de l'utérus plus ou moins profondément situé occupe la partie antérieure du pédicule.

La consistance est homogène, habituellement assez résistante et même rénitente. La tumeur est manifestement molle et fluctuante ainsi qu'on peut s'en rendre compte en la prenant entre le pouce et deux doigts, mais elle est absolument indolore aussi bien à la palpation que spontanément.

Nous avons vu que les efforts pouvaient la faire sortir du vagin, que par pression elle pouvait facilement y rentrer, mais cette rentrée ne fait pas disparaître la tumeur; celle-ci persiste dans le vagin avec ses mêmes caractères de volume et de consistance. Il n'y a pas là, en un mot un phénomène de réduction comme on l'observe dans les hernies; d'ailleurs si la toux, les efforts de défécation peuvent chasser la tumeur partiellement au dehors, ces phénomènes ne lui communiquent aucune impulsion et ne modifient en rien sa consistance.

Au point de vue fonctionnel, nous avons peu de chose à noter. La tumeur ne détermine véritablement aucun trouble, soit du côté de la défécation soit au point de vue de la miction. Les rapports sexuels, si du moins nous nous en rapportons à nos deux observations personnelles, ne sont pas troublés et l'accouchement lui-même ne paraît nullement entravé par la présence d'un kyste même volumineux. Aucun trouble

non plus n'est apporté dans la fonction menstruelle.

La présence de la tumeur dans le vagin ne donne lieu à aucune inflammation et par suite à aucun écoulement, sauf le cas exceptionnel où la tumeur étant le plus souvent au dehors vient à frotter contre les cuisses, contre les vêtements, en même temps qu'elle se trouve souillée par les urines. Dans ce cas, on peut voir survenir de l'inflammation et même des ulcérations plus ou moins étendues et comme conséquence des écoulements séreux, séro-hémorragiques, séropurulents et même purulents, d'importance variable.

Dans un cas même (Obs. de M. le docteur Le Dentu) il semble que l'inflammation ait été assez profonde pour déterminer la suppuration du kyste lui-même et l'ouverture spontanée à la partie culminante.

La marche est toujours lente et progressive. Dans aucun des cas que nous relatons plus loin, nous n'avons pu noter de poussées aiguës, de développement rapide ou subit.

Nous avons vu que c'est toujours avec un diagnostic erroné que la malade se présente et c'est avec un prolapsus de l'utérus, une chute de la paroi recto-vaginale que le kyste est confondu.

En effet, il est inutile de nous arrêter à différencier le kyste des tumeurs solides de la paroi recto-vaginale, fibro-myômes ou autres. Il suffit de rappeler que les kystes sont fluctuants.

De même il n'y a pas lieu de s'attarder au diagnostic avec une hernie, puisque nous avons vu que là

tumeur ne subit pas l'impulsion de la toux et qu'elle n'est pas réellement réductible.

Il suffit d'un examen attentif pour différencier nos kystès du vagin avec le prolapsus utérin; la cystocèle ou la rectocèle. La consistance molle et fluctuante d'une part, l'absence d'orifice utérin d'autre part, la présence surtout nettement constatée de l'utérus lui-même au fond du vagin, permettent aisément de reconnaître qu'il ne s'agit pas d'un prolapsus utérin.

Le toucher vaginal qui montre qu'on peut faire complètement et profondément le tour de la tumeur combiné avec le toucher rectal qui montre que la paroi recto-vaginale est continue, qu'elle n'a subi aucune dépression antérieure, qu'elle est nettement distincte de la saillie vaginale différencie facilement le kyste de la rectocèle.

Le même mode d'exploration dans lequel le toucher rectal est remplacé par le cathétérisme vésical permet non moins facilement de faire la distinction entre la tumeur en question et la cystocèle. En réalité une erreur peut facilement être commise par une malade, voire même par un médecin se livrant à un examen un peu trop superficiel. Cette erreur tombe facilement et rapidement devant un examen un peu approfondi.



## CHAPITRE II

### Exposé anatomo-pathologique

**Situation.** — Nous avons vu dans notre exposé clinique que les kystes que nous étudions, toujours plus ou moins pédiculés, du moins quand ils sont volumineux, ont leur insertion sur la paroi postérieure du vagin, assez exactement sur la ligne médiane.

La base d'implantation peut descendre à une hauteur variable sur cette paroi, mais elle remonte toujours dans le cul-de-sac postérieur jusqu'auprès de l'utérus et même cette insertion peut être localisée en ce dernier point.

**Nombre.** — Les auteurs qui se sont occupés des kystes de la paroi postérieure du vagin signalent des faits où on aurait pu observer plusieurs kystes de volume variable échelonnés sur la paroi postérieure (1).

(1) Voir *Poupinel*. *Revue de Chirurgie*, 1889. *Pap.* 671.

Le fait est possible, mais alors il s'agit très certainement de kystes différents au point de vue étiologique de ceux que nous étudions en ce moment. Du moins dans les deux faits qui nous sont personnels, la tumeur kystique était unique.

**Volume.** — Evidemment le volume de ces kystes doit être très variable suivant l'époque de leur évolution où on les observe. Les deux nôtres avaient un volume variant d'une mandarine à une grosse pomme. Dans d'autres faits le volume est moindre. En somme, il n'y a là rien de bien particulier ; toutefois il semble que jamais le kyste n'a pris de très grandes proportions, probablement parce qu'il apparaît au dehors dès que son volume est un peu notable et provoque ainsi son ablation. Son développement peut être aussi entravé par une inflammation suppurative (1) ou une ouverture spontanée.

**Rapports anatomiques.** — La tumeur est partout recouverte par la paroi vaginale qui en passant du col sur le vagin se réfléchit pour faire place à la tumeur. Elle est unie au kyste par un tissu cellulaire lâche grâce auquel il est facile, sauf le cas d'inflammation, de le séparer.

Même disposition par rapport à la paroi rectale proprement dite. De cette façon, la paroi vaginale incisée, il devient facile d'enucléer en quelque sorte le kyste en

(1) *Le Dentu.* — Gazette des Hôpitaux, 1880, page 812.

le séparant du vagin d'une part et du rectum d'autre part, et d'arriver ainsi à la base même de son pédicule où l'union devient plus intime avec la paroi vaginale du cul-de-sac grâce à de nombreuses connexions fibreuses, musculaires et vasculaires.

Au nombre des connexions musculaires il importe de noter, car le fait nous a paru intéressant, que le pédicule est embrassé de chaque côté par les fibres du muscle releveur de l'anus assez facilement séparables et disposées là en deux bandelettes latérales de la même manière qu'à l'état normal sur les parois du vagin. Ces fibres musculaires se voyaient très nettement dans nos deux cas.

Nous voyons donc par ce qui précède que les kystes de la paroi postérieure du vagin constituent une tumeur ayant sa paroi propre partout séparable des parois voisines sauf sur une petite surface au niveau du pédicule où la fusion s'établit entre la paroi propre de la tumeur et la charpente fibro-musculaire du vagin.

**Contenu.** — Le contenu du kyste a un volume variable avec le volume du kyste lui-même. En dehors de toute inflammation, il a souvent le même aspect clair, transparent, fluide, un peu visqueux; dans certains cas ce liquide devient très visqueux, solide même (1) il peut en outre prendre une coloration un peu brune ou brun noirâtre. Il peut subir la transformation purulente sous l'influence de l'inflammation. Dans nos

(1) *Lisfranc et Dieffenbach.* — Gazette médicale de Paris 1834, n° 51.

deux cas personnels nous n'avons pu avoir l'examen biologique ou chimique de ce liquide. Cet examen du reste ne paraît pas avoir été fait dans la plupart des cas que nous avons recueillis. Cependant chez une malade de M. A. Décès, dont l'observation a été rapportée par M. Pichaucourt, le liquide fut analysé par M. Lajoux, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims, qui fit les constatations suivantes : « Liquide incolore, transparent au moment de la ponction, se troublant au bout de quelques heures et prenant un aspect opalescent dû à la présence de fibrine. La réaction d'abord neutre devient alcaline. Le liquide très riche en albumine contient des globules blancs, du mucus et des cellules épithéliales. »

**Examen microscopique.** — Il était intéressant d'examiner au point de vue de sa structure la paroi propre de ces kystes du vagin. C'est un examen qui a été négligé dans le plus grand nombre des observations publiées jusqu'ici. Toutefois cette lacune est comblée dans une observation de M. le docteur Richelot (1). L'examen histologique pratiqué par M. Buscarlet, interne du service, a montré que la paroi du kyste était constituée par deux couches, une externe élastique et fibro-musculaire et une interne épithéliale.

Les éléments fibreux, élastiques et musculaires lisses sont partout répartis dans les mêmes proportions.

La couche interne ou épithéliale est constituée par

(1) *Union médicale*, 16 octobre 1888, n° 126.

un épithélium cylindrique à cellules allongées étroites, présentant un noyau à leur base sans plateau à leur extrémité libre; quelques cellules de remplacement se rencontrent dans cette couche qui présente de distance en distance des dépressions anfractueuses.

En somme, cet examen histologique est assez imparfait et ne nous apprend pas grand chose en dehors de l'existence de deux couches, une externe fibro-musculaire et une interne épithéliale, fortement unies l'une à l'autre.

L'examen histologique de nos deux faits nous a permis de pénétrer plus intimement dans la structure de ces deux couches et nous avons pu constater (1) en allant de dedans en dehors :

1° Une couche irrégulière, anfractueuse, déchiquetée, c'est la couche épithéliale;

2° Immédiatement au dessous une couche de tissu conjonctif compact avec de nombreux éléments cellulaires; de nombreux capillaires y apparaissent et sont le centre de petites accumulations d'éléments embryonnaires. Dans cette même couche, après le revêtement épithélial, on observe des éléments glandulaires analogues aux glandes du col de l'utérus. Quelques-unes de ces glandes plus ou moins dilatées forment de petits kystes;

3° Toutefois, en dehors et limitant le kyste, il existe une couche épaisse de tissu musculaire lisse à fais-

(1) Cet examen a été fait par M. le Docteur *Latteux* dans une des observations et par M. le docteur *Meslay* dans la seconde.

ceaux intriqués dans toutes les directions et réunis par du tissu conjonctif riche en éléments embryonnaires et en vaisseaux sanguins.

Si l'on procède à un examen avec un grossissement plus considérable (300 diamètres), on constate que le revêtement épithélial est composé de plusieurs couches de cellules : les plus profondes sont cubiques et disposées en forme palissadique ; celles de la surface plus ou moins modifiées présentent encore en quelques points le type cylindrique.

En quelques points saillants, on observe un aspect papillomateux avec des ramifications vasculaires sanguines. Les glandes sont tubulées, leur épithélium est pavimenteux dans la couche profonde et nettement cylindrique à l'intérieur. Dans les régions où les cellules ont proliféré, ce dernier caractère tend à disparaître pour faire place au type pavimenteux stratifié.

En somme, il y a à noter dans cet examen histologique que la paroi épithéliale est cylindrique stratifiée, que la paroi externe fibro-musculaire contient des glandes analogues aux glandes du col de l'utérus et quelques papilles.

---

## CHAPITRE III

### Pathogénie

L'étude à laquelle nous venons de nous livrer nous montre qu'il peut naître dans le vagin des kystes susceptibles de prendre un grand développement, que ces kystes ont un siège absolument précis, toujours le même, au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin, tout près même du col de l'utérus.

L'étude anatomique de ces kystes nous a montré que dans la constitution de leur paroi se retrouvaient la plupart des éléments qu'on constate dans la paroi du vagin et aussi quelques éléments du col de l'utérus, en particulier des glandes analogues à celles de cet organe.

Nous avons à nous demander maintenant quelle est la pathogénie de ces productions pathologiques; si elles doivent être confondues au point de vue étiologique avec les autres kystes du vagin, ou si au contraire elles ont une origine particulière.

Pour le dire de suite, c'est cette opinion qu'en der-

nière analyse nous adopterons après avoir montré comment il faut interpréter l'origine de ces kystes.

Un certain nombre de théories ont été émises pour expliquer les kystes du vagin, quel qu'en soit le siège. Chacune de ces théories, que d'ailleurs nous allons passer rapidement en revue, peut s'appliquer à quelques-uns des kystes que l'on observe dans le canal vaginal. Aucune ne peut rendre compte de l'origine de toutes les productions kystiques.

De ces théories, les unes sont embryogéniques, les autres simplement anatomiques ou anatomo-pathologiques.

Quelques auteurs font des kystes des productions purement glandulaires. Il y aurait d'après ces auteurs, dans les parois du vagin, des glandes mucipares dont l'orifice venant à s'oblitérer donnerait lieu à une accumulation de leur sécrétion derrière l'obstacle. Cette opinion a été défendue ou proposée par :

Huguier, Cruvelhier, P. Dubois, Guérin, et par Virchow, Werner, Luschka, Von Preuschen, Geyl, Baldy, Husscke, auxquels nous pouvons joindre :

Richet, Jarjavay, Jamain, Oakley Heming, qui rattachent des kystes à des follicules muqueux hypertrophiés.

Or cette théorie pèche par la base même. Elle fait des kystes du vagin des tumeurs par rétention glandulaire. Elle oublie que les anatomistes sont d'accord pour reconnaître qu'il n'existe pas de glandes dans le vagin proprement dit.

La muqueuse vaginale, d'après le professeur Robin, ne renfermerait aucune glande et l'on n'aurait jamais pu apercevoir à sa surface aucun orifice folliculaire ou autre.

« Quelques auteurs, dit le professeur Sappey, avancent qu'elle (la muqueuse vaginale) est riche en glandes mucipares. Malgré de longues et attentives recherches, il ne m'a pas été donné d'en rencontrer le moindre vestige. »

Kölliker parle seulement des glandes des parties génitales externes.

Cadiat, C. Ruge nient également d'une manière formelle l'existence de glandes. Toutefois Huschke, Von Preuschen, Holstein et Richet admettent qu'il existe des follicules mucipares, mais leur opinion n'est appuyée sur aucun fait absolument démonstratif.

Aussi tout récemment encore, Debierre (1) déclare que malgré l'opinion de ces auteurs la muqueuse du vagin ne contient « aucun follicule mucipare, aucune espèce de glande. »

M. Michaux dit que « l'origine glandulaire n'a pas de raison d'être puisqu'il est aujourd'hui bien démontré que le vagin ne possède pas de glandes (2) ».

Veit nie également l'existence des glandes et admet pourtant l'existence de cryptes nombreuses et même exceptionnellement de glandules aberrants, mais ceux-ci ne siègeraient que tout à fait au voisinage de la vulve.

(1) Traité d'Anatomie, Paris, 1890.

(2) Traité de chirurgie, Duplay et Reclus, 1892, t. VIII.

De ces diverses opinions il résulte que s'il existe des glandes dans la région vulvaire ou à la surface de l'utérus, celles-ci sont absentes au niveau de la muqueuse vaginale proprement dite. Par suite, les kystes de nature glandulaire ne pourraient s'observer qu'à la surface du col ou au niveau de l'orifice vulvaire.

Une deuxième théorie soutenue par Courty, acceptée par Eustache, Kiwisch, Ladreit de la Charrière, Dresch (1), par M. le professeur Tillaux et reprise par Thalinger (2) attribue aux kystes du vagin, une origine conjonctive. Il s'agirait là de l'inflammation exsudative de bourses séreuses accidentelles.

Les rapports sexuels répétés pourraient développer ces bourses séreuses en quelque sorte professionnelles et donner lieu à de véritables hygromas qui ne seraient autre chose que des kystes du vagin,

A cette théorie nous pourrions objecter deux ordres de considérations. En premier lieu celle-ci : c'est que pour en faire l'apanage des filles publiques comme le voulait Courty, pour les rattacher aux rapports sexuels très fréquemment renouvelés, il faudrait que ces kystes fussent fréquents dans ces conditions. Or non seulement on peut les observer chez des femmes qui ne se sont jamais livrées à la prostitution, qui n'ont fait aucun abus des rapports sexuels, mais encore il ne faut pas oublier que d'une manière absolument générale ces kystes sont rares.

(1) Thèse de Paris, 1872.

(2) Thèse de Paris, 1865.

Il y a plus : c'est qu'on les a observés chez des enfants et chez des vierges, comme dans les deux cas de Breisky (1).

Winckel, dans son Mémoire, Lannelongue et Achard (2). Takahasi, Ruge, Kuchenmeister, Verneuil rapportent des cas analogues.

Mais la seconde considération que nous avons à faire valoir contre cette hypothèse est beaucoup plus importante ; c'est celle que nous pouvons tirer de la structure anatomique de nos kystes, structure qui les différencie absolument des bourses séreuses.

Nous passerons très rapidement sur l'hypothèse de Winckel, Heming, Froment, d'après laquelle les kystes du vagin pourraient être dus à l'accolement des replis de la muqueuse constituant ainsi des enfoncements, des cryptes ou des espaces clos. Nous passons non moins rapidement sur l'idée de J. Monro-Murray qui assimile les collections sanguines dues à un traumatisme aux kystes proprement dits ; sur celle de Broca qui voit dans des vaisseaux sanguins préalablement dilatés l'origine des productions kystiques. Enfin, nous ne pouvons admettre la théorie lymphatique soutenue d'abord par Huguier et Henle, puis par Klebs qui considère certains kystes comme ayant une origine folliculaire ou vasculaire lymphatique. Ces théories ne s'appuient sur aucun examen anatomique bien précis et très probant.

(1) Traité médico-pharmaceutique de Berne.

(2) Traité des kystes congénitaux, 1886.

Nous en arrivons ainsi aux théories embryogéniques proprement dites, c'est-à-dire à celles qui vont rechercher le développement des kystes du vagin dans les restes d'un organe de la vie embryonnaire. La plus connue ou du moins la plus fréquemment invoquée est celle qui rattache le développement des kystes du vagin aux restes du canal de Wolff, connus sous le nom de conduits de Gaertner.

Ces conduits de Gaertner ont été étudiés par l'anatomiste suédois dès 1822, chez la vache (1). Ces canaux se retrouvent facilement chez la truie. Preuschen, les a vus chez la chatte et chez la femelle du renard.

Selon toute probabilité ces conduits doivent exister chez la femme. Le nom de Watts se rattache à cette théorie du développement des kystes du vagin dans les restes du canal de Wolff-Gaertner (2).

La structure anatomique d'un certain nombre de kystes du vagin rend cette théorie tout à fait plausible et en ces dernières années plusieurs faits ont été produits à la Société de chirurgie (Walther) dans lesquels cette théorie est formellement acceptée.

Mais Freund a invoqué une autre origine embryogénique fondée tout entière sur la théorie qui fait dériver l'utérus et le vagin des canaux de Müller.

On sait que d'après celle-ci, les deux canaux de Müller étant accolés, la cloison commune qui les sépare dis-

(1) *Malpighi, Coste, Rathke et Fallin* les ont étudiés chez le même animal.

(2) Observation citée in *Thalinger*.

paraît et ainsi se trouvent constitués à la partie supérieure l'utérus, à la partie inférieure le canal vaginal.

Les canaux de Müller viennent-ils à conserver leur autonomie dans la partie supérieure on aura suivant l'étendue de cette autonomie un utérus double ou l'utérus bifide.

La cloison commune vient-elle à persister dans la partie inférieure on aura le double vagin.

Mais à côté de cette malformation type on peut concevoir des anomalies variées, et entre autres celle dans laquelle le vagin se trouverait constitué en entier par l'un des canaux de Müller, l'autre restant atrophié et formant un sac plus ou moins petit, mais resté au contact de son congénère (1).

Que ce sac vienne à sécréter à l'intérieur, chose parfaitement possible étant donnée son origine, la sécrétion en s'accumulant va constituer une tumeur kystique de volume variable.

Telles sont les différentes théories qui ont été émises et défendues pour expliquer les kystes du vagin.

Nous l'avons déjà dit : aucune de ces théories ne peut expliquer tous les cas de kystes du vagin, mais il est possible que chacune d'elles ou tout au moins quelques-unes d'entre elles trouvent leur application dans quelques cas déterminés ; et s'il en est qui ne sont que

(1) *Labadie-Lagrave et Leguen.* — Traité médico-chirurgical de gyn., 1898, p. 813.

des hypothèses, il en est d'autres que l'embryologie, l'anatomie pathologique et la clinique justifient.

Or, à laquelle de ces théories devons-nous rattacher les kystes qui font l'objet de notre étude.

Leur structure ne nous permet de les rattacher ni à l'hygroma, ni à la théorie lymphathique proprement dite.

Cette même structure d'une part, leur situation exactement vaginale, l'opinion des plus autorisés des anatomistes qui rejettent l'existence de glandes dans la muqueuse du vagin, d'autre part, nous obligent à leur refuser une origine glandulaire.

Nous sommes donc obligés de rattacher leur pathogénie aux théories embryogéniques. Mais à laquelle de ces théories ?

Très certainement pas à celle qui place leur développement dans les conduits de Gaertner. En effet, ces conduits ne peuvent siéger que dans la partie antérieure du vagin.

Or, les kystes que nous étudions, prennent naissance uniquement à la paroi postérieure. De telle sorte que, procédant par élimination, nous nous trouvons amenés à faire de ces kystes profonds du vagin, insérés à la paroi postérieure des kystes développés dans un canal de Müller distinct.

D'ailleurs, il suffit de s'en référer à l'examen anatomique que nous avons donné. Cet examen nous montre dans la structure de la paroi de ces kystes une structure absolument identique à la paroi vaginale ; même unique externe fibro-musculo-élastique, même tunique

interne avec des couches successives d'épithélium superposées avec des rudiments de papilles, et avec, en certains points au moins, des glandules rappelant les glandes du col de l'utérus.

Même rapport avec les fibres du muscle releveur de l'anus : enfin inclusion dans la paroi vaginale proprement dite et même fusion avec cette paroi au voisinage de l'utérus.

Ces diverses considérations nous semblent être de nature à justifier l'hypothèse qui les rattache à la persistance de l'un des canaux de Müller et que nous admettons pour expliquer le développement des kystes qui font l'objet de notre étude.

---

## CHAPITRE IV

### Traitement

Le traitement des kystes du vagin que nous étudions ne peut nous entraîner à de bien longs développements.

Jusqu'en ces dernières années, on a conseillé de leur appliquer les divers modes de traitement qui ont été longtemps en usage contre toute collection kystique ; et tour à tour on a préconisé la ponction simple, la ponction avec injection de caustiques, en particulier de teinture d'iode (Dresch et Froment), l'incision simple, l'incision avec badigeonnage de la surface de la poche (Thalinger), parfois avec excision d'une partie de cette poche elle-même et cautérisation du reste (Eustache).

Ces méthodes ont compté des succès, mais nous avons relevé aussi quelques accidents et des inconvénients, dont le moindre était la lenteur de la cicatrisation dans le cas des badigeonnages trop caustiques. Ces divers modes de traitements doivent être aban-

donnés aujourd'hui pour faire place au seul traitement dont ces tumeurs kystiques soient justiciables ; c'est-à-dire à l'excision totale au bistouri, l'énucléation (Santoni, Pozzi).

Nous avons vu, en effet, que la tumeur incluse dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale pouvait être très facilement séparée du revêtement vaginal et du revêtement rectal, qu'elle n'adhérait à la paroi vaginale qu'en un point à la vérité profondément situé, mais toujours de peu d'étendue et, par conséquent, assez facile à libérer et voici comment nous conseillons de procéder.

L'opération n'étant pas très longue ni laborieuse, il ne nous paraît pas nécessaire de recourir à l'anesthésie générale. L'anesthésie locale au moyen de chlorhydrate de cocaïne au centième, employé en badigeonnages et en injections sous-muqueuses sera suffisante dans le plus grand nombre des cas.

Donc, le vagin ayant été parfaitement nettoyé et aseptisé aussi complètement que possible, une valve métallique tenue par un aide est appliquée contre la paroi vésico-vaginale. L'opérateur fait sur la paroi antérieure de la tumeur et suivant son grand axe une incision allant jusqu'à la poche kystique, sans intéresser celle-ci autant qu'il est possible.

Saisissant alors à l'aide de pinces de Kocher les lèvres de l'incision vaginale, il décolle facilement et rapidement soit avec le doigt, soit avec un instrument mousse le kyste sur toute sa périphérie et arrive ainsi jusqu'au niveau de son point d'insertion.

A ce moment, il nous paraît préférable d'ouvrir largement le kyste, afin de bien voir la situation de son fond et par suite de le détacher vers son pédicule en rasant la paroi propre le plus près possible. Il convient à ce moment de se rappeler que c'est au niveau de cette insertion que le kyste reçoit ses vaisseaux, que ceux-ci peuvent être d'une certaine importance et qu'il est nécessaire de les lier.

C'est pour avoir méconnu ces détails très probablement que M. A. Décès a vu survenir chez sa malade (Obs. III) les accidents hémorragiques auxquels son interne a dû remédier.

Le kyste enlevé, les deux lèvres de l'incision sont réunies par quelques points au catgut ou à la soie fine. Enfin le pansement de la plaie se fait à l'aide d'un tamponnement vaginal antiseptique ou aseptique que l'on retire au bout de quelques jours pour le renouveler une ou plusieurs fois au besoin. La réunion immédiate est rapidement et facilement obtenue.

---

## OBSERVATION I (Inédite).

### *Kyste de la paroi postérieure du vagin.*

La nommée Louise A..., fleuriste, âgée de 35 ans, se présente à la consultation de M. le docteur Potherat, à l'hôpital Tenon. Elle dit être atteinte d'une chute de l'utérus en prolapsus complet. Cette chute aurait débuté depuis six ans, et n'aurait fait que s'accentuer depuis lors jusqu'à devenir par sa persistance une gêne très réelle. Chose curieuse et qui de suite met en doute le chirurgien sur la possibilité d'un prolapsus utérin, la malade n'a jamais eu d'enfants; elle est, en outre, grande, forte, vigoureuse et bien constituée.

La miction, la défécation s'exécutent normalement; les relations sexuelles ont cessé. A l'examen, on aperçoit aisément sortant par l'orifice vulvaire, une tumeur du volume d'une orange régulièrement arrondie, lisse à sa surface, de couleur blanc rosé. La tumeur est peu tendue, manifestement fluctuante. Très aisément, par le toucher rectal et le toucher vaginal, on se rend compte qu'elle est indépendante de la paroi vésico vaginale ou de la paroi recto-vaginale, le doigt en fait facilement le tour, mais si le toucher s'engage plus profondément il constate que la tumeur s'enfonce dans le vagin, se pédiculise légèrement pour s'en aller s'insérer sur la paroi

postérieure du vagin au niveau du cul de-sac postérieur, et jusqu'auprès du col utérin. Celui-ci, en avant, occupe une situation normale, il est petit, conique, avec un orifice arrondi.

Le diagnostic de kyste du vagin est porté et l'opération décidée. Elle est pratiquée par M. Potherat, avec anesthésie générale.

La malade fut mise dans la position obstétricale et l'on procéda au nettoyage du vagin. Celui-ci fut aseptié dans la mesure du possible et les précautions antiseptiques de rigueur prises par le chirurgien et ses aides.

Une valve métallique fut placée de manière à maintenir la paroi vésico-vaginale et à éclairer la région à opérer.

La tumeur refoulée par un doigt situé dans le rectum, une incision fut pratiquée à sa face antérieure suivant son grand axe, mais sans entamer la paroi propre du kyste, deux pinces de Kocher maintenant écartées les lèvres de la plaie. A l'aide du doigt et d'un instrument mousse, la poche fut décollée en grande partie et l'énucléation se termina assez rapidement et d'une façon très sûre grâce à la précaution suivante. Le kyste, en effet, ayant été vidé l'on put sans aucun danger passer derrière en le rasant très près jusqu'au pédicule.

Le liquide contenu dans le kyste, était clair, muqueux, ressemblant à de la gelée de pommes assez fluide. La poche mise dans l'alcool est remise à M. Latteux pour être soumise à l'examen histologique.

Au cours de l'opération, on vit nettement les fibres du releveur de l'anus encercler le pédicule de la tumeur près de son insertion. Celle-ci réduite à sa plus stricte limite, fut embrassée par une ligature au catgut pour assurer l'hémastase.

L'excision fut faite en avant, puis les deux lèvres de l'incision vaginale furent réunies par des points de suture. Pansement à la gaze iodoformée tamponnant le vagin. Au bout de dix jours la guérison était complète.

## OBSERVATION II (Inédite).

*Kyste de la paroi postérieure du vagin. — Ablation par M. le docteur Potherat, chirurgien des Hôpitaux. — Guérison.*

Dans les premiers jours de juin 1899, la nommée Marie A..., âgée de 20 ans, se présente à la consultation du docteur Potherat, en se disant gênée par « quelque chose » qui lui sort par la vulve. Elle aurait consulté un médecin qui lui aurait dit que ce « quelque chose » n'était autre que sa vessie et qu'elle eût à s'adresser à un chirurgien pour être débarrassée de cette infirmité.

C'est une femme vigoureuse, de très bon aspect, bien portante, n'ayant aucun passé pathologique qui mérite d'être relevé; quelques douleurs vagues au moment de ses règles constituent les seuls troubles génitaux qu'elle ait remarqué. Sa menstruation un peu lente à s'établir au début est, depuis quelques années, parfaitement régulière.

Interrogée sur le début de l'affection actuelle, elle dit s'être aperçue de quelque chose d'anormal à l'occasion des rapports conjugaux et au cours d'injections vaginales. S'étant examinée, elle aurait aperçu une saillie anormale et l'aurait même vu grossir peu à peu. Très troublée par ce fait, elle serait allée

voir un médecin pour lui demander conseil. L'examen de celui-ci fut un peu superficiel, un peu rapide et le conduisit à porter un diagnostic erroné, ainsi que la suite de l'observation le démontre, car il crut voir là une cystocèle. Ce diagnostic lui semblait d'autant plus probable que la malade était accouchée deux mois auparavant et que le périnée était resté un peu effondré. Cet accouchement qui avait succédé à une grossesse, tout à fait normale, s'était lui-même fait dans des conditions régulières et la sage-femme qui y avait présidé n'avait constaté rien qui méritât d'être signalé.

Sur le conseil de son médecin, la malade porta un pessaire de Gariel pendant un certain temps. Mais, voyant que la miction était gênée contrairement à ce qu'elle en attendait, qu'elle était même rendue plus difficile qu'avant son introduction, elle n'avait pas tardé à en cesser complètement l'emploi. Et les choses en étaient restées là pendant six à sept mois.

Sur ces entrefaites, elle devint de nouveau enceinte; de plus, la tumeur restant constamment en dehors, déterminait pendant la marche des frottements avec les parties circonvoisines, d'où une irritation et une gêne très pénibles. Ce que voyant, la malade se décida à suivre le conseil qui lui avait été donné et à s'adresser à la chirurgie. Elle était alors dans le sixième mois de sa grossesse. M. Potherat l'ayant examinée porta de suite le diagnostic de kyste du vagin et la détermina à entrer dans son service à l'hôpital de Bon-Secours où nous l'examinâmes.

A l'entrée, nous pûmes constater le volume du ventre et des seins, la pigmentation de ces derniers, la présence des tubercules de Montgomery, tous les indices d'une grossesse. Les mouvements du fœtus, les bruits fœtaux perçus confirmèrent

une grossesse de cinq mois et plus, cinq mois et demi d'après le calcul que nous pûmes faire.

La femme conservant la position obstétricale que nous lui avions fait prendre, l'examen se porta dès lors vers les organes génitaux externes et nous vîmes un peu de pigmentation des grandes lèvres et un léger écoulement.

Les grandes et les petites lèvres furent écartées et on vit apparaître tout de suite une tumeur semblant remplie de liquide, une poche que les doigts purent déprimer en voulant juger de sa consistance.

Le doigt introduit dans le vagin refoulait bien une tumeur liquide contenue dans une enveloppe assez mince. La couleur et la consistance éloignaient donc toute idée de fibrome, fibromyome, néoplasme malin, de tumeur solide en un mot.

Il fallait, malgré l'âge de la malade et malgré l'unique accouchement, s'assurer de la cystocèle puisqu'il en avait été parlé.

La cystocèle n'existait pas, la paroi supérieure du vagin était intacte. Alors le rectum pouvait être en cause et il importait de pratiquer le toucher rectal qui, disons-le dès maintenant ne révéla pas de rectocèle, mais fit découvrir un épaississement de la cloison recto-vaginale situé assez haut.

Qu'était-ce donc? Le doigt vaginal avait refoulé une tumeur fluctuante, assez volumineuse et avait pu en faire la délimitation. Il en faisait le tour, la trouvait indépendante de la région vésicale, de la région cervicale de l'utérus, sauf un peu en arrière en un endroit que nous désignerons soigneusement plus tard.

Il avait donc trouvé libres les culs-de-sac antérieur et latéraux et s'était trouvé empêché d'explorer le cul-de-sac posté-

rieur rempli par le pédicule de cette masse fluctuante dont l'implantation se déterminait ainsi peu à peu.

Il était donc facile, à ce moment, au doigt rectal d'aller à la rencontre du doigt vaginal arrivé à cette étape. Ceux-ci se rencontraient à la hauteur des deux tiers inférieurs du vagin à droite et à gauche de la ligne médiane dans le tiers supérieur, mais à une certaine distance de cette ligne. Au contraire, sur le milieu de la cloison recto-vaginale dans la partie supérieure, il y avait un obstacle à la rencontre des deux doigts séparés par un matelas liquide non réductible. Il fallait, à ce moment, écarter l'idée de communication avec une grande cavité telle que la cavité péritonéale. Le doigt vaginal s'était assuré depuis longtemps à l'orifice du col de l'absence d'un produit de conception.

Sans aller plus loin, il était naturel de songer à une production kystique, car le vagin, nous le savions, en est un siège fréquent. Il était, en effet, impossible de songer à une entérocèle ou à une collection du cul-de-sac de Douglas qui n'auraient révélé leur présence par aucun symptôme pendant une période assez longue, c'est-à-dire, depuis l'apparition d'une affection suivie par la malade, avec assez d'attention pour que l'interrogatoire donnât de valables renseignements.

On demande justement à la malade si la tumeur avait été le siège de douleurs appréciables. Elle répète encore qu'elle était beaucoup plus un sujet de gêne et que la dernière marche qu'elle avait faite l'avait déterminée à demander une intervention.

Pour se rendre compte exactement de la longueur de cette tumeur et de la gêne apportée, nous demandâmes à la malade de se lever. Tout de suite, nous vîmes que cette production

kystique, grâce à son développement, à sa forme pédiculée sortait par la vulve et que le pessaire avait dû avoir peu d'efficacité pour son maintien dans la cavité vaginale.

Il y avait donc lieu d'intervenir mais il fallait auparavant discuter le traitement chez une femme qui ne l'oublions pas était enceinte de cinq mois et demi.

L'ablation de cette tumeur pouvait-elle avoir une influence fâcheuse à cette époque de la grossesse? Non, car nombre d'interventions plus importantes ont été pratiquées sans danger dans de telles circonstances.

Bien plus, nous trouvions avantageux de supprimer un corps étranger volumineux qui, paraît-il, n'a pas été jusqu'alors une grande gêne pour l'accouchement, mais qui pourrait le devenir dans des cas particuliers. Son ouverture spontanée ou sa ponction n'ont-elles pas provoqué par exemple, une transformation purulente?

Il se posait une autre question, le mode d'anesthésie. Le chloroforme étant à proscrire chez cette femme à cause de sa grossesse, il était très possible, à cause du peu de durée de l'opération, d'employer la cocaïne en badigeonnages et en injections, sous-muqueuses.

L'opération eut lieu le 10 juin 1899. Elle fut absolument identique à celle dont nous faisons le récit dans l'observation précédente et malgré quelques mouvements et quelques plaintes de la malade, les choses se passèrent assez simplement.

Les suites furent elles-mêmes très simples. Localement, le pansement fut renouvelé toutes les quarante-huit heures, la réunion fut parfaite au bout de huit jours. Dans son état gé-

néral, la malade ne vit rien survenir : aucun malaise, aucune élévation de température

Parfaitement guérie, cette femme est revenue nous voir et nous dire qu'elle était accouchée heureusement d'un garçon, trois mois après son départ de l'hôpital.

### OBSERVATION III

*Kyste de la paroi recto-vaginale. — Service de M. le docteur A. Décès. (Observation par M. Pichaucourt, interne).*

La nommée Irma C., âgée de 19 ans, journalière, entrée le 10 octobre 1879, salle Sainte-Catherine, n° 13. Cette jeune fille, accouchée il y a trois mois, a senti au début de sa grossesse se développer dans le vagin une petite tumeur. Cette tumeur a toujours augmenté de volume et elle a atteint son maximum au moment de l'accouchement qu'elle n'a du reste gêné en aucune façon.

En examinant la malade, on constate entre les grandes lèvres une tumeur ayant à peu près le volume d'un petit œuf de poule. Cette tumeur que la malade peut réduire elle-même ne fait issue que sous l'influence de la station debout, ou des efforts de toux ou de défécation. En pratiquant le toucher vaginal, on remarque que la tumeur est formée aux dépens de la paroi postérieure du vagin, qu'elle s'étend un peu à droite et que son grand diamètre est dirigé suivant l'axe du corps ; la vessie est intacte. En pratiquant le toucher rectal, il est facile de voir que le rectum est normal et qu'il ne présente ni hernie ni diverticulum ; du reste si l'on fait tousser la malade, on

n'éprouve au niveau de la tumeur aucune impulsion herniaire, la percussion dénote une matité complète, on perçoit très nettement de la fluctuation. La tumeur est tout à fait indolore et n'est qu'une gêne pour la malade.

En combinant le toucher rectal et le toucher vaginal, on sent, à environ 7 à 8 centimètres de chaque orifice un cordon dur se terminant dans le cul-de-sac postérieur du vagin : ce cordon constitue le pédicule du kyste.

Une ponction aspiratrice est faite avec l'aiguille de Pravaz ; on retire 5 à 6 grammes d'un liquide dont voici l'analyse faite par M. Lajoux, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, de Reims.

« Liquide incolore, non visqueux, transparent au moment de la ponction, se troublant au bout de quelques heures en prenant un aspect opalescent dû à la présence de la fibrine. La réaction d'abord neutre devient alcaline. Beaucoup d'albumine, de globules blancs, quelques cellules épithéliales. »

Huit jours plus tard, le liquide s'est reproduit. Une ponction exploratrice faite avec le trocart capillaire donna issue à 60 grammes du liquide suivant :

« Liquide opalescent au moment de la ponction. Au bout de quelques heures, un dépôt d'une matière jaunâtre, filante, se prenant en masse, que le microscope démontre être du pus. Quant au reste, on trouve les mêmes éléments que plus haut. »

Le 1<sup>er</sup> décembre la malade, endormie sur sa demande, est opérée. Une boutonnière est faite à la muqueuse vaginale, le kyste est facilement énucléé avec le doigt ; on jette une ligature sur le pédicule qui est coupé entre la tumeur et la ligature.

Il n'y a qu'une petite hémorrhagie en nappe que l'eau alcoolisée arrête facilement. Les lèvres de la plaie sont rapprochées par des sutures. Dans l'après-midi une hémorrhagie assez abondante se déclare. On fait une injection vaginale d'eau alcoolisée au quart, l'hémorrhagie s'arrête par ce moyen. Consécutivement la malade n'a pas de fièvre et quitte l'hôpital quinze jours après l'opération.

M. Décès croit que les kystes de la paroi recto-vaginale sont très rares. Probablement ils sont développés aux dépens de glandes muqueuses qui se trouvent continues dans l'épaisseur de la muqueuse vaginale.

M. Pelletan dans ses cliniques, et M. Després à la Société de chirurgie de Paris ont signalé des cas analogues.

M. Beltz a observé dernièrement dans sa clientèle un cas qui se rapproche beaucoup de celui qu'on vient de signaler. Toutefois la tumeur qui existe chez sa malade est en partie réductible et est reliée par un pédicule de la grosseur du petit doigt ayant son point d'implantation dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

Le diagnostic de cette tumeur est pour lui entouré de difficultés. Est-ce un kyste développé aux dépens des glandes de la muqueuse vaginale ou bien est-ce le vertige d'un vieux sac herniaire déshabité?

## OBSERVATION IV

*Gros kyste sous-muqueux du cul-de-sac latéral gauche du vagin.*

*— Ablation par M. Richelot. à l'hôpital Tenon.*

*(Union Médicale 1888)*

Jeanne C..., 36 ans, opérée le 9 mars 1888.

Examen histologique par M. Buscarlet, interne du service, permet de constater que la paroi du kyste présente deux couches :

1° La plus considérable, externe, est constituée par des faisceaux de tissu conjonctif fibreux, par des fibres élastiques et par quelques fibres musculaires lisses ;

2° La couche interne est formée par un épithélium cylindrique, à cellules allongées, étroites, présentant un noyau à leur base, sans plateau à leur extrémité libre. Quelques cellules de remplacement se rencontrent dans cette couche qui présente de distance en distance des dépressions anfractueuses. M. Buscarlet ajoute les réflexions suivantes à propos de cette observation.

La nature de ces épithéliums permet-elle de donner l'explication suffisante de la nature et du développement du kyste, sujet sur lequel les auteurs ont émis des opinions bien différentes. M. Verneuil admet que les kystes profonds du vagin ont une formation-analogue à celle des bourses séreuses accidentelles. Mais s'il en était ainsi, ne trouverait-on pas toujours l'épithélium pavimenteux sur la paroi du kyste ?

Pour d'autres auteurs, et Virchow est de ceux-là, ces kystes auraient une origine glandulaire, opinion inadmissible,

puisque la muqueuse vaginale ne présente point de glandes dans sa structure.

Winckel rapporte leur origine à des collections sanguines, à des hématomes développés dans la paroi vaginale et devenus kystiques. Ni le contenu ni la structure de la paroi des kystes du vagin ne donnent raison à cette théorie.

Nous trouvons enfin une opinion, la plus vraisemblable, qui admet que les kystes profonds du vagin se développent aux dépens des canaux de Gaertner, restes du canal de Wolf, qui peuvent, dans quelques circonstances, persister jusqu'à l'âge adulte de la femme. L'extérieur de cet épithélium cylindrique donne une grande valeur à cette opinion. On pourrait encore admettre que ces kystes ont un développement analogue à celui des kystes de l'ovaire, c'est-à-dire qu'ils se produisent par invagination de quelques cellules épithéliales dans les parois mêmes des tubes de Gaertner. De là, dans certains cas, une tendance à la multilocularité que nous avons signalée et qui se trouve très nettement rapportée dans l'observation de Kaltenbach.

## OBSERVATION V

*Kyste de la paroi postérieure du vagin. (M. Le Dentu, Gazette des Hôpitaux, 1880.)*

Voici comment s'exprime M. le professeur Le Dentu :

Nous allons opérer une femme de 35 ans, placée dans la salle Sainte-Marthe, et qui porte au niveau de l'orifice du vagin une tumeur faisant saillie en dehors de la vulve. Cette tumeur est pédiculée et se rattache à la paroi postérieure du

vagin sur laquelle elle prend insertion. A son sommet, on voit un petit orifice par lequel on fait sourdre du pus, la consistance en est assez dure ; elle paraît formée d'un noyau assez mollasse de tissus se laissant déplacer. En arrière, elle est plus molle, et à son pédicule la mollesse est encore plus grande.

Disons tout de suite que la tumeur n'a aucune relation avec l'utérus ; son pédicule n'est guère au dessus de la moitié inférieure du vagin. Quant à ses relations avec un renversement du rectum, le doigt introduit dans l'anus n'en a point la perception. Généralement la rectocèle fait une sorte de bourrelet transversal, gardant sa forme étalée, moitié sphérique et non pédiculée ; ici la muqueuse du rectum suit un peu le vagin, mais c'est parce qu'elle est attirée par les parois de celui-ci. Elle ne présente pas de dépression proprement dite.

Par la fistule du sommet de la tumeur, nous avons introduit un stylet qui a pénétré dans une cavité ; il s'agit donc d'un kyste du vagin. On voit assez souvent se produire ce genre de tumeur dans le cul-de-sac du vagin par la dilatation d'une glande et l'accumulation du liquide. Ces kystes peuvent rester assez petits, ils siègent ordinairement à l'orifice du vagin et sur la paroi postérieure (j'en ai déjà vu quatre exemples). Dès qu'ils atteignent la grosseur d'une amande, ils forment une petite saillie à l'orifice du vagin, le liquide visqueux qu'ils renferment, leur donne une coloration particulière, une coloration bleuâtre de la paroi comme celles des kystes de l'ovaire. Ils peuvent rester stationnaires.

Depuis quelque temps, la tumeur a suppuré à la suite de frottements répétés entre les jambes ; le pus a continué à sortir de la poche, mais la tumeur n'est guère douloureuse. La suppuration n'est d'ailleurs pas abondante.

L'extirpation est évidemment ce que nous devons actuellement pratiquer, si l'on voyait ces tumeurs à leur première période, au début une injection irritante suffirait pour les détruire. Mais quand elles sont déjà pédiculées, il faut les enlever. Je vais faire une incision de chaque côté de la tumeur et je la desséquerais. Si je rencontre une artère, je la lierai avec un fil de catgut, puis le kyste enlevé, je régulariserai la plaie et je ferai quelques points de suture.

#### OBSERVATION VI (In Poupinel).

Max Graefe, *Zeitschrift Geburtshülfe und Gynackologie*,  
BD VIII, 1882, p. 460 cas III.

Femme, 41 ans, plusieurs fausses couches, cinq accouchements à terme, croit être atteinte de prolapsus. Il existe six kystes situés l'un derrière l'autre ; l'inférieur fait saillie à la vulve et donne l'illusion du prolapsus. Ils sont disposés d'avant en arrière et de droite à gauche, de façon que le dernier est situé dans le cul-de-sac postérieur. Leur contenu est variable, de séreux à pâteux, de clair à brun. La paroi est épaisse de plusieurs millimètres et contient dans les parties profondes des portions musculaires élargies longitudinales et transversales ; les faisceaux musculaires sont très longs et larges. La surface interne des kystes est papillaire, recouverte partout d'une seule couche d'épithélium cylindrique ; les papilles sont presque verticales par rapport à la surface.

La disposition en spirale de ces six kystes, l'épaisseur de leur paroi, l'existence des fibres musculaires fait considérer

par Max Graefe ce cas comme un cas de rétrécissements multiples d'un canal de Müller persistant.

Le nombre, le petit volume des kystes lui paraissent seuls pouvoir plaider pour l'origine glandulaire, qu'il écarte d'ailleurs de ses conclusions. Nous avons donné cette observation parce qu'elle est rattachée par son auteur à la persistance d'un canal de Müller, mais elle diffère beaucoup des cas que nous venons de reproduire.

### OBSERVATION VII (In Poupinel).

(Werner Kümmel, *Arch. Virchow*, (t. CXIV, cas VI).

Kyste extirpé par Hamburger, de Karlsruhe, le 1<sup>er</sup> mars 1887. Femme de 27 ans, deux accouchements. Kyste reconnu il y a cinq ans, siège sur la paroi postérieure du vagin, immédiatement au dessus de l'extrémité antérieure de la colonne du vagin. La paroi vaginale est mince et blanchâtre en avant du kyste; en arrière, elle est épaisse et de coloration normale. Derrière le premier kyste, il en existait un second, plus petit, qui ne fut pas enlevé. Ce kyste, examiné par Werner-Kümmel, est ovalaire, mesurant  $28 \times 15$  millimètres. La muqueuse du vagin est normale sur une moitié du kyste; ailleurs, elle est irrégulièrement rugueuse. La paroi du kyste est nettement délimitée; elle paraît avoir une gaine propre et a un aspect quelque peu papillaire. La paroi est le plus souvent lisse, présente des replis en quelques points; on y voit aussi quelques petites plaques jaunâtres, à bords irréguliers, au niveau desquelles la surface paraît moins lisse et se dessèche facilement.

Sur la moitié gauche de la surface interne du kyste, il existe

des excroissances plus volumineuses, le plus souvent jaune rougeâtre. A la coupe, la muqueuse vaginale est trouvée normale ; puis, de dehors en dedans, on trouve le tissu conjonctif sous-muqueux dense, une couche musculaire, une couche connective assez dense, limitant quelquefois sans épithélium la cavité kystique, mais le plus souvent bordée par le revêtement épithélial variable du kyste.

Les cellules sont tantôt cylindriques, tantôt cylindriques hautes, à cils vibratiles, tantôt elles reposent sur une couche de cellules de remplacement, tantôt elles sont pavimenteuses, stratifiées ou non. La paroi est partout nettement papillaire, l'épithélium cylindrique suit les contours des papilles, l'épithélium pavimenteux au contraire comble les dépressions interpapillaires et les nivelle : ce dernier aspect correspondant aux plaques jaunâtres signalées au cours de la description microscopique. Les points jaunes rougeâtres doivent cet aspect à des hémorragies interstitielles. En somme, rudiment de vagin, paroi propre papillaire, musculature propre, épithélium variable dont les variations correspondent aux différentes phases par lesquelles peut passer l'épithélium du vagin pendant le développement de l'organe.

#### OBSERVATION VIII (In Poupinel).

Werner Kümmel.

Kyste extirpé par Scheffer; sac arrondi de 15 à 20 millimètres de diamètre ; il n'est plus recouvert de la muqueuse vaginale qui passait en avant de lui ; paroi dense, épaisse en

certain points de plus de 4 millimètres. Le contenu n'a pu être examiné; paroi dense contenant des faisceaux de fibres musculaires lisses, surface interne papillaire partout tapissée d'épithélium pavimenteux stratifié. Werner, Kümmel admet qu'il s'agit d'un kyste du canal de Müller à cause de la paroi épaisse et de la structure bien avancée vers le type muqueuse vaginale.

#### OBSERVATION IX (In Dresch).

##### *Kyste de la paroi postérieure.*

V. T..., fleuriste, entrée le 17 décembre 1871, dans le service du docteur Guyot, à Saint-Antoine, se croyait atteinte d'une descente de matrice. Toucher vaginal. Aussitôt sensation d'une tumeur dure que l'on délimite. Elle est globuleuse, rémittente, appendue à la paroi postérieure du vagin par un pédicule très large étranglé en un endroit te donnant la sensation d'un corps charnu, un peu résistant.

A la vue, tumeur lisse, blanchâtre et peu luisante, à son extrémité rosée mais dépourvue de plis à la surface dans la partie intra vaginale.

Le diagnostic était kyste dans la paroi postérieure du vagin.

L'intervention première consista en l'incision et la cautérisation au nitrate d'argent qui fut douloureuse. Petite hémorragie.

Remplaçant M. Guyot, M. Raynaud met le fond à nu, à l'aide d'une excision de la paroi antérieure et panse à l'alcool.

(L'observation relate des accidents de péritonite et une perforation intestinale qui emporte la malade). L'autopsie est faite par M. Chevalet, interne du service d'une façon complète, mais nous retenons ceci seulement :

« La muqueuse vaginale forme encore un bourrelet très accentué autour de l'excavation du kyste tapissé maintenant par une membrane qui, soumise à l'examen microscopique, démontre un épithélium identique à celui du vagin que l'on soumet aussi à l'observation. »

#### OBSERVATION X. (In Dresch).

##### *Kyste de la paroi postérieure du vagin.*

Mémoire de Ladreit de la Charrière.

Obs. I. P... 25 ans, cuisinière, entré à l'Hôtel-Dieu, service de M. Boyer, suppléé par M. Verneuil, pas de maladies antérieures, leucorrhée, virginité probable. Une tumeur de la grosseur d'une noix, molle, arrondie, fait saillie à la vulve, surtout dans la station verticale de l'effort. La tumeur s'insère sur la paroi postérieure du vagin, insertion large et très longue, car commençant près du cul-de-sac postérieur, elle va jusqu'à un centimètre de l'orifice vulvaire. Le col utérin est petit, ferme, assez bas. La tumeur présente 6 centimètres dans son plus grand diamètre et deux et demi transversalement. Coloration rosée, ses parois ont l'air d'une densité extrême ; transparence évidente mais non constatée. Nulle part trace d'in-

flammation dans la muqueuse vaginale. Le doigt introduit dans le rectum entre dans une ampoule d'autant plus considérable que l'on abaisse davantage la tumeur, il peut même ressortir par la vulve en faisant un crochet. Fluctuation évidente.

La malade s'est aperçue de la tumeur il y a sept ans. Elle s'est accrue insensiblement depuis cette époque. Gêne dans la station, sensibilité au moment des règles, pas de gêne dans la miction ou la défécation.

Opération par excision de la portion inférieure. Liquide épanché clair, transparent. Cicatrisation à peu près complète dix-neuf jours après. La paroi kystique crue si mince est fort épaisse. En haut, trois millimètres, en bas un et demi. Formée par deux couches de tissu reliées fortement entre elles. A l'extérieur c'est la muqueuse vaginale. La tunique interne presque aussi épaisse, présente en moyenne un millimètre, est rougeâtre et cohérente. Sa coupe rappelle la tunique moyenne des grosses artères, teinte en rouge par l'imbibition. La surface interne est sillonnée par un réseau vasculaire riche, à mailles fines. Cette vascularisation ne pénètre pas l'épaisseur de la poche qui offre au microscope une trame assez serrée, constituée par des fibres de tissu cellulaire et élastique, un lacis de vaisseaux et un bon nombre d'éléments fusiformes et de noyaux. Les branches les plus profondes renferment des faisceaux musculaires analogues à ceux de la paroi vaginale. Pas trace de revêtement épithélial. Ce caractère exclut le développement dans une glande. L'hypothèse d'un kyste séreux ou hygroma développé dans le tissu cellulaire lâche de la cloison recto-vaginale paraît plus probable.

OBSERVATION XI (In Santoni).

*Kyste de la paroi postérieure (Kleinwachter).*

Une femme de 45 ans, qui avait eu sept accouchements antérieurs, remarqua dès sa première grossesse une tumeur qui atteignit bientôt le volume du poing. Il se forma à la fin une petite ouverture par où s'écoula un peu de pus. On étudia le kyste purulent et on découvrit par l'analyse histologique qu'il s'agissait d'un petit vagin rudimentaire.

L'utérus était bicorne, ce vagin correspondait à la corne gauche, restée rudimentaire.

Cette observation se trouve plus en détail dans le *Gerstchrift für gebure kende und gynæcologie*, vol. II.

Au bout de sept à huit jours les fils peuvent être enlevés, la réunion est parfaite et la guérison définitive.

---

## CONCLUSIONS

Il existe une variété de kystes du vagin qui se caractérise par :

Sa *Situation* sur la paroi postérieure.

Son *évolution* qui peut faire croire à une chute de l'utérus ou des parois du vagin.

Son *origine*. Cette origine doit être rattachée à la persistance d'un canal de Müller.

Au point de vue de l'étiologie ces kystes sont donc différents de ceux qu'on observe sur les autres parties du vagin et en particulier de ceux de la paroi antérieure.

L'excision sanglante en totalité est le traitement de choix de ces kystes.

---

Vu : Le Doyen,  
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,  
LE DENTU.

Vu et permis d'imprimer :  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,  
GRÉARD.

## BIBLIOGRAPHIE

- Achard et Lannelongue.* — Traité des kystes congénitaux, page 442.
- Bérard.* — Gazette médicale de Paris, 1835, page 380.
- Breislhy.* — Deux observations. Traité médico-pharmaceutique de Berne.
- Broca.* — Origine vasculaire des kystes du vagin. Arch. de méd., juillet-août 1844.
- Chalot.* — Kystes Wolffiens et Mullériens. Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie, 1892.
- Collardot.* — Kystes du vagin. Thèse de Paris, 1881.
- Dresch.* — Kystes du vagin. Thèse de Paris, 1872.
- Eustache.* — Mémoire sur les kystes du vagin. Archives de tocologie, 1878, t. V, page 191.
- Follin.* — Recherches sur le corps de Wolff, 1850.
- Froment.* — Kystes du vagin. Thèse de Paris, 1879.
- Geyl.* — Centralb. für Gynec, 3 nov. 1894.
- Gosselin.* — Observation. Gazette des Hôpitaux, 1878, page 1089.
- Oakley Héming.* — De l'origine folliculaire de quelques tumeurs vaginales. Journal de médecine d'Edimbourg, 1831.
- Huguier.* — Mémoire de la Société de Chirurgie de Paris, 1847, t. I.

- Jamain*. — Traité d'anatomie descriptive, 1853, p. 106.
- Johnston*. — Améric Journal of Obstétric, nov. 1887.
- Kallenbach*. — Arch. f. gynécol., t. V, fasc. 1, 1873.
- Kolliker*. — Eléments d'histologie humaine, traduits par Marc Sée.
- Labadie-Lagrave et Legueu*. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.
- Le Dentu*. — Observation. Gazette des Hôpitaux, 1880, page 812.
- Lisfranc et Dieffenbach*. — Kyste de la paroi postérieure. Gazette médicale de Paris, 1834, n° 32.
- Magnin*. — Journal de médecine et chirurgie pratique, 1883, page 164.
- Maroco (de Rome)*. — Congrès de Naples, 28 mars 1888. In Revue de chirurgie, 1888.
- Michaux*. — In Duplay et Reclus. Traité de chirurgie, t. VIII.
- Pichaucourt*. — Union médicale du Nord-Est, 1880, p. 134.
- Von Prenscheu*. — Ueber Cystenbildung in der Vagina. (Virchow's Arch., 1877.)
- Poupinel*. — Des kystes du vagin. Revue de chirurgie, 1889.
- Pozzi*. — Traité de gynécologie, 1890.
- Retterer*. — Journal de l'anatomie et de la phys., 1890.
- Richelot*. — Union médicale, n° 126, 16 octobre 1888.
- Santoni*. — Kystes du vagin, principalement au point de vue histologique et anatomique. Thèse de Paris, 1890.
- Sappey*. — Anatomie, 4<sup>e</sup> éd., 1889.
- Testut*. — Traité d'anatomie humaine (dernière édition).
- Thalinger*. — Kystes du vagin, particulièrement de la paroi antérieure. Thèse de Paris, 1885.

*Tillaux.* — Des kystes du vagin. Gazette des Hôpitaux, 1885, n<sup>o</sup> 64.

*Viault.* — Le corps de Wolff. Thèse d'agrégation. Paris, 1880.

*Walther.* — Bulletin de la Société anatomique, 1890.

*Watts.* — Cyst of anterior vaginal wall developed from Gaertner's canal. The American journal of obstetric, 1881.

*Weber.* — Contribution à l'étude des kystes vulvaires. Thèse de Paris, 1898.

*Werner.* — Archives f. pathologique et anatomique, 1889. In Revue des sciences médicales, 1889.

*Winckel.* — Mémoire de 1871. Archives f. gynécologique, B. D. 2.





